



SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

supersalud.gob.cl

Intendencia de Prestadores
Superintendencia de Salud

FORMULARIO DE RECLAMO Cheque en garantía LEY N° 20.394

FECHA DE SOLICITUD _____

Folio _____

IDENTIFICACIÓN DEL RECLAMANTE

Apellido Paterno*		Apellido Materno*	
Nombres*			
Cédula de Identidad***		Sexo	F M
Nacionalidad			
Correo Electrónico**		N° Celular	
Teléfono		Fecha de Nacimiento	

DOMICILIO DEL RECLAMANTE

Calle		Número	
Población o Villa		Dpto.	
Región		Ciudad	
Comuna			



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE O AFECTADO

(En caso que el paciente sea el mismo reclamante completar sólo el antecedente destacado en negrita)

Apellido Paterno*		Apellido Materno*	
Nombres*			
Cédula de Identidad***		Sexo	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nacionalidad			
Correo Electrónico**		N° Celular	
Previsión*		Estado Civil*	
Teléfono		Fecha de Nacimiento	

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS QUE ORIGINAN LA SOLICITUD

Nombre del establecimiento o Profesional Denunciado*			<input type="checkbox"/> Público	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/>
Dirección				
Región		Comuna		
Día y Hora de ocurrencia de los hechos				
Nombre del Funcionario que lo atendió en el establecimiento				
Lugar del establecimiento en el que se solicitó la atención				

RAZONES PRINCIPALES POR LAS QUE REALIZA EL RECLAMO

Marcar la o las razones principales según el detalle indicado a continuación:

<input type="checkbox"/>	Se le exigió cheque o dinero en efectivo como garantía para cubrir los posibles gastos de su atención.
<input type="checkbox"/>	El establecimiento no contaba con medios alternativos a cheque o dinero en efectivo para garantizar el cobro de su atención.



SI SE LE EXIGIÓ CHEQUE O DINERO EN EFECTIVO, FAVOR LLENAR LA TABLA

Indicar los documentos que respaldan su denuncia		SI	NO
		Copia de Cheque	
		Recibo de Cheque	
		Recibo de Dinero	
		Otro (indicar)	
Datos del Cheque entregado (según corresponda)			
Banco del Cheque		Número de Cheque	
N° de Cuenta corriente		Monto del Cheque	
Nombre del dueño del cheque		Rut del Dueño del cheque	
Nombre a quién fue girado el cheque		N° de Recibo del Cheque	
Información del dinero en efectivo entregado (según corresponda)			
N° de Recibo entregado por el prestador		Monto de dinero dejado en garantía	
Nombre de quién recibió el dinero en efectivo			
Si su denuncia no se respalda en la entrega de cheque o dinero en efectivo, indicar a continuación el medio de garantía entregado			
Especificar :			
<p>Nota: Adjuntar todos los documentos que respaldan su denuncia (Cargar vía Web, traer fotocopia o enviar por correo electrónico una vez que sea contactado por esta Superintendencia)</p>			



SI EL ESTABLECIMIENTO NO CONTABA CON MEDIOS ALTERNATIVOS A CHEQUE O DINERO EN EFECTIVO, FAVOR LLENAR LA TABLA

Señale el medio de garantía que le fue negado a utilizar (marque con una X)			
Registro de información de una tarjeta de crédito		Carta de respaldo de su empleador	
Letra de cambio		Pagaré	
Otro medio (especifique):			

SEÑALE EL LUGAR DEL ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE LE SOLICITÓ LA GARANTÍA

Señale el lugar del establecimiento donde se le solicitó la garantía(marque con una X)			
Recepción		Servicio de Urgencia	
Admisión		Depto. Contabilidad	
Secretaria Consulta		Otro (especifique):	



